102

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1916 — THESE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André AUBERGÉ

Né à l'Ile Maurice, le 11 juin 1889
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DE LA

Réfection des culs-de-sac de l'œil

PAR LES

GREFFES DE REVERDIN-THIERSCH

Président : A. BROCA, *professeur*

PARIS
JOUVE & Cie, Éditeurs
15, Rue Racine (VIe)

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage affectueux et fidèle souvenir.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ

Toute ma reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE M. AUGUSTE BROCA

Professeur de Médecine opératoire
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

Tout mon profond remerciement pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet qui marque l'étape finale de notre vie d'étudiant, il nous est un devoir agréable de reporter notre pensée en arrière et d'adresser nos remerciements à tous ceux qui, en dignes précepteurs, nous ont conduit par la main jusqu'à notre jury de thèse...

A M. le Dr Œttinger, notre premier maître, qui nous a appris dans ses pavillons de l'hôpital Cochin, avec le dévouement, la bonté, le savoir qu'on lui connaît, à comprendre et à interpréter le malade et la maladie. Qu'il nous suffise de l'assurer que sa bonne et sûre clinique nous a invariablement servi et qu'elle ne manquera pas à chaque pas de notre carrière de faire toujours entendre son écho dans notre esprit.

A M. le Dr Rochard, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, qui, dans ses leçons vives, alertes, simples mais impressionnantes, sut élaborer en nous, par sa doctrine toute d'observation et de bon sens, des notions chirurgicales qui nous ont été et nous seront du plus grand secours.

A M. le Dr Poulard qui, aux Enfants-Malades, nous a ouvert l'intéressant domaine de l'ophtalmologie

avec cette verve clinique qui est tout à son honneur.

A M. le Dr Klippel, qui s'est efforcé, à Tenon, d'inculquer à ses élèves ces trois moyens nécessaires à tout vrai clinicien : l'investigation, la méthode, la patience.

Nous lui sommes dûment reconnaissant de nous avoir montré, sous un jour nouveau, bien des questions de neurologie, jusque-là demeurées obscures à notre jeunesse et notre inexpérience.

A M. le Dr Potocki, accoucheur à la Pitié, qui nous a prodigué ses bons conseils et nous a comblé de ces préceptes persuasifs dont il a le secret.

A M. le Dr Morax, ophtalmologiste à Lariboisière, qui dirige en l'absence du Dr Poulard, actuellement aux armées, le service d'yeux des Enfants-Malades. Nous avons eu l'honneur de remplir, sous sa savante direction, le rôle d'interne par intérim quelques mois en cet hôpital. Nous lui adressons toute notre reconnaissance pour le guide précieux qu'il a voulu nous être en l'occurrence.

Nous lui devons également bien des notions sur le travail que nous avons entrepris. Son enseignement clair et précis demeurera toujours un modèle à nos yeux.

Nous le remercions tout particulièrement d'avoir voulu nous faire l'honneur de sa bibliothèque et de ses belles observations qui, toutes deux, nous ont puissamment aidé dans nos recherches.

DE LA

Réfection des culs-de-sac de l'œil

PAR LES

GREFFES DE REVERDIN-THIERSCH

En face des cicatrisations vicieuses des culs-de-sac conjonctivaux avec réduction de leur volume, soit qu'elles surviennent à la suite de plaies accidentelles ou post-opératoires, soit qu'elles se montrent comme le résultat immédiat et fâcheux de brûlures de l'œil, ou encore comme la conséquence plus ou moins éloignée du port d'un œil artificiel, lorsque les culs-de-sac, tiraillés, déformés, effacés, ont subi de telles pertes de substance que la simple suture ne suffit plus, après incision, à les réparer, il est nécessaire de recourir aux autoplasties.

Dans tous ces cas, il y a atrésie plus ou moins prononcée de la cavité des culs-de-sac. Cette rétraction cicatricielle reconnaît toujours le même processus causal — processus, en somme, de réparation et de défense — la prolifération des éléments du tissu conjonctif. L'examen des culs-de-sac révèle d'ailleurs cette prolifération qui peut se montrer à un degré plus ou moins élevé : tantôt sous forme de granulations disséminées sur la conjonctive, tantôt sous forme de gros bourgeons charnus, sessiles, isolés ou disposés en îlots ; tantôt sous forme de grandes brides

cicatricielles capables de créer un symblépharon total.

De nombreuses opérations jusqu'ici ont été tentées dans le but de refaire les culs-de-sac conjonctivaux. On s'est, pendant quelque temps, inutilement sacrifié à l'hétéroplastie. L'idée d'emprunter à un milieu hétérogène pour combler les pertes de substances des culs-de-sac, suivit de près la technique opératoire, un peu primitive, qu'avait exposée Ritterich. Celui-ci, en cas d'atrésie cavitaire, recommandait de sectionner les adhérences palpébrales et de creuser avec le bistouri de nouveaux culs-de-sac dans le tissu orbitaire. Cette méthode, comme on peut le deviner, n'a connu que des insuccès. Les surfaces avivées entraient rapidement en coalescence et le résultat était pis avant qu'après.

Thillier crut un moment que l'on pût empêcher la coalescence de ces surfaces en y greffant des lambeaux de membrane vivante. Les résultats obtenus furent nuls.

Après lui, d'autres comme Stelwagg et Landolt transplantaient l'un, Stelwagg, la muqueuse vaginale, l'autre la muqueuse labiale au niveau des culs-de-sac. Leur hétéroplastie est morte comme elle est née, sans adeptes convaincus, car sous le lambeau transplanté la rétraction cicatricielle continuait sa marche et les culs-de-sac devenaient de plus en plus insuffisants. Malgré tout, les essais se multiplient. Haltenhoff tâche de refaire un cul-de-sac à l'aide de la peau de grenouille greffée au niveau du cul-de-sac.

Wolff utilise la conjonctive de lapin. Panas celle du chien, d'autres utilisaient la peau de lotte.

En somme, le choix des tissus a été remarquablement varié et variable, mais ils ne devaient donner que de courtes espérances et un succès bien passager à ceux qui les employaient, les lambeaux hétérogènes subissant en peu de temps le phénomène de la résorption moléculaire. Le rapport de Wolff, en 1897, aux *Archives d'Ophtalmologie*, donne une idée de la façon dont l'hétéroplastie était pratiquée.

On libère les adhérences et sépare le globe des paupières.

On emprunte le lambeau à la portion de la conjonctive qui limite l'angle interne de l'œil du lapin et recouvre la membrane clignotante. On passe un fil de soie noire au milieu du lambeau qu'on va enlever et l'on fait un nœud. Celui-ci est destiné à marquer la surface épithéliale du lambeau, car ce dernier peut s'incurver et sans l'existence du nœud on pourrait se tromper de surface. On délimite le lambeau conjonctival à transplanter par quatre fils de soie noire noués. On tend les fils et la dissection se fait facilement. Le lambeau est étalé sur le dos de la main et les quatre fils enlevés. Le lambeau se sèche. On le transporte sur le sillon palpébral cruenté.

Ce lambeau sera fixé par six ou huit sutures. Le lambeau est maintenu en place au moyen d'une spatule par un aide. On fait un pansement qu'on laisse quatre jours durant à demeure. Les sutures sont levées le sixième ou le huitième jour.

Nous citons ce rapport beaucoup plus dans le but de refléter les idées de l'époque que dans un intérêt documentaire. Nous venons de mettre en relief les résultats malheureux du procédé.

L'hétéroplastie devait bien vite être abandonnée et laisser le champ libre à l'autoplastie. Celle-ci a définitivement acquis droit de cité, la peau ayant été reconnue comme étant le meilleur tissu d'emprunt dans les cas de syndesmoplastie. L'autoplastie a fourni deux grands procédés de greffes, dont chacun a ses avantages et ses applications : 1° la greffe à lambeaux pédiculés ; 2° la greffe à lambeaux non pédiculés.

Nous dirons seulement quelques mots du procédé de greffe à lambeaux pédiculés qu'il nous en coûterait de passer sous silence étant donnés les beaux services qu'il peut rendre entre les mains de ceux qui savent en tirer bénéfice.

DE LA GREFFE A LAMBEAUX PÉDICULÉS

Georges C. Harlan, un des promoteurs de la méthode, dans une communication aux « Transactions of the American Ophtalmological Society » nous explique le procédé de la greffe. Il taille à la région temporale un lambeau à pédicule en forme de tranche de melon, l'introduit dans la cavité orbitaire d'abord disséquée, en le glissant sous une boutonnière pratiquée à la commissure externe. Le lambeau est suturé à la face tarsienne de la paupière.

Le procédé de Panas est à peu de choses près semblable. Samehlson et Maxwell prélèvent leurs lambeaux à l'une des paupières. Le premier se sert d'un lambeau musculo-cutané, carré, adhérent au bord libre de la paupière qu'il fixe à la face postérieure de la paupière opposée ; Maxwell, d'un lambeau en croissant, adhérent par ses extrémités, qu'il fixe dans une incision large faite au fond du cul-de-sac. Ces procédés ne donnent malheureusement pas toujours au chirurgien l'espace suffisant pour lui permettre de fixer ses sutures comme il le désirerait. C'est le gros reproche qu'on peut leur adresser.

La technique de M. le professeur de Lapersonne

est de beaucoup plus préférable. Elle corrige sûrement et avantageusement ce défaut.

Dans un premier temps, il fait une large incision sur le canthus externe. Celui-ci débridé, il avive le tissu cicatriciel de la paupière inférieure en le disséquant du bord libre vers le fond du cul-de-sac. Il taille ensuite, selon le procédé de Fricke dans les blépharoplasties, un large lambeau emprunté à la peau de la paupière inférieure et le rabat sur la surface avivée. Dans un deuxième temps, il taille un lambeau à la région temporale. Celui-ci, tordu sur son pédicule, est appliqué dans le cul-de-sac supérieur préalablement disséqué.

Dans un troisième temps, exécuté un peu plus tard, il avive les deux bords écartés du canthus externe et refait le cul de-sac externe en quelque sorte.

Ce procédé lui permet en outre, à la période de cicatrisation, de revenir sur le cul-de-sac inférieur, si celui-ci n'est pas encore suffisamment profond. M. de Lapersonne incise alors le lambeau horizontalement d'un bout à l'autre à 3 où 4 millimètres en arrière du bord libre, et fixe sur le chef antérieur une anse qui l'attire en bas, en venant s'attacher sur la joue.

M. le Dr Morax utilise également ce procédé. Nous lui en connaissons d'autres (transplantation du lambeau par glissement, etc.), tous avantageux et d'ailleurs presque toujours couronnés de succès. Trois observations que nous reproduisons ici, donneront quelques notions sur sa technique sûre et soignée.

OBSERVATION I

Balthazard D..., soixante-douze ans, tondeur de chiens, se présente le 10 septembre 1904 dans le service du Dr Morax à Lariboisière pour un ulcère à hypopyon de l'œil droit.

Dans ses antécédents personnels sont à signaler : la syphilis contractée à vingt et un ans, non traitée ; une fièvre éberthienne à vingt-six ans ; une pneumonie à soixante et onze ans, traitée à Tenon.

Œil droit. — Ce malade présente actuellement à la partie inférieure de la cornée un ulcère d'un blanc crayeux. Il aurait présenté au mois d'août 1904, une tuméfaction de l'œil droit pour laquelle il reçut dans le service de M. Sebileau un traitement ioduré. La kératite aurait débuté peu après par cette tuméfaction.

10 août 1904. — L'ulcère est cautérisé au galvano-cautère.

La tuméfaction orbitaire est fistulisée. Il s'agit nettement d'une périostite fronto-orbitaire qui jette un pus abondant et fétide.

Les voies lacrymales sont obturées. Le malade a du logophtalmos. On fait une incision du conduit lacrymal, et on lui passe la sonde n° 2.

11 septembre 1904. — On passe la sonde n° 3. Et ainsi de suite.

8 octobre 1904. — Un traitement anti-spécifique est institué. Des injections de cyanure de Hg sont faites dans le trajet fistuleux.

12 octobre 1904. — La suppuration persiste abondante. Mais la lésion semble tendre un peu vers la cicatrisation.

19 octobre 1904. — Blépharorraphie de l'œil droit au moyen de deux fils. La fistule est curettée. On fait un pansement.

20 octobre 1904. — Le pansement est enlevé. On note un œdème de l'angle externe de la paupière supérieure.

22 octobre 1904. — Œdème et rougeur diffuse au niveau des régions palpébrale et malaire droites.

23 octobre 1904. — On pratique l'ablation des fils. La blépharroraphie tient bien.

7 novembre 1904. — La fistule persiste toujours, livrant passage à une suppuration toutefois diminuée d'abondance et qui semble vouloir se tarir. On instille quelques gouttes de chlorure de zinc a 1/10 dans le trajet fistuleux.

6 décembre 1904. — Après une dizaine d'injections reçues au niveau du trajet, l'on assiste à la diminution de la sécrétion. La blépharorraphie tient toujours bien.

24 mars 1905. — Exeat. La blépharroraphie tient bien. La paupière supérieure paraît un peu plus mobile. La fistule fronto-orbitaire est complètement fermée. Néanmoins, pour éviter le retour du lagophtalmos, M. Morax juge une autoplastie nécessaire.

21 octobre 1905. — Le malade revient. La fistule est demeurée fermée. On procède à l'autoplastie. M. Morax, aidé de Carlotti, fait un emprunt à la région temporo-frontale correspondante. Il taille un lambeau pédiculé en raquette. Il le bascule sous la paupière supérieure et fait une tarsorraphie. Le malade a été chloroformé pour l'opération qui dure trente-huit minutes. On applique un pansement.

23 octobre 1905. — Pas de douleurs. L'état général est bon.

25 octobre 1905. — Le premier pansement est levé. On fait au malade une ablation partielle des fils. On ne note aucune réaction.

27 octobre 1905. — Le malade a enlevé son pansement et touché à sa plaie.

30 octobre 1905. — Nouveau pansement. On enlève les derniers fils. Tout le lambeau est bien pris, sauf à la pointe où l'on relève une zone nécrosée. Point de température.

2 novembre 1905. — Le pansement est supprimé.

3 novembre 1905. — Le malade quitte l'hôpital avec une autoplastie en bonne condition.

10 novembre 1905. — On pratique la section d'une adhérence établie.

7 janvier 1906. — Le lambeau se montre intact et parfait.

25 janvier 1906. — L'autoplastie est en très bon état. La greffe bien prise présente une coloration blanchâtre, ferme et mate.

OBSERVATION II

Louise D..., vingt ans, ménagère, se présente le 10 octobre 1911 dans le service du Dr Morax. Elle se plaint d'avoir reçu il y a trois ans un coup de pied de cheval qui a atteint la face, et meurtri l'angle externe de l'œil gauche.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents.

Actuellement, il existe au niveau de cet angle externe une bride cicatrielle qui tire en bas et en dehors la partie

externe du rebord cilière de la paupière supérieure. La malade ressent une sensation de tiraillement au niveau de cette cicatrice qui est à la fois gênante et disgracieuse.

11 octobre 1911. — Le Dr Morax, après injections de cocaïne, fait une autoplastie à lambeau pédiculé. Il taille son emprunt à la région temporo-frontale gauche, libère tout d'abord l'adhérence de la paupière supérieure et constate qu'elle résulte d'une grosse bride verticale. Il pratique la section de cette bride. La peau est disséquée dans le sens vertical. L'emprunt est basculé sous la paupière supérieure et solidement fixé par quelques points de suture.

12 octobre 1911. — La malade sort de l'hôpital sur sa demande.

16 octobre 1911. — Elle revient pour l'ablation des fils. La plaie présente une bonne coaptation.

Depuis, cette malade a été revue. J'ai eu l'occasion de la retrouver tout dernièrement. Le cul-de-sac externe refait est complètement libre, mobile et tient admirablement. La peau est fermée à ce niveau. La greffe ne présente aucune sensibilité au toucher.

Les lambeaux pédiculés font sans doute d'excellentes greffes, parce que ces greffes tiennent bien. Mais elles laissent malheureusement au lieu d'emprunt une cicatrice qui parfois est très disgracieuse. En conséquence, le but esthétique visé par la greffe, est quelque peu compromis.

Enfin la torsion, du pédicule laisse au niveau du pôle de torsion, une bosse qui persiste assez longtemps. Souvent même cette bosse nécessite par son

caractère disgracieux une nouvelle intervention qui, il est vrai, se fait alors au niveau de l'ancienne cicatrice.

Dans tous les cas, à mon humble avis, les lambeaux pédiculés n'ont pas l'avantage des greffes épidermiques dans la restauration des culs-de-sac de l'œil. Ne serait-ce que pour les deux raisons que je viens de citer, les greffes de Reverdin-Thiersch doivent leur être préférées. Mais celles-ci — et cela est de toute importance pour l'avenir d'une greffe — bien que cédant plus facilement à la rétraction que les greffes à lambeaux pédiculés, sont plus souples et plus élastiques que ces dernières.

OBSERVATION III

François B..., soixante-six ans, se fait hospitaliser dans le service d'yeux de Lariboisière, le 25 janvier 1904. C'est un alcoolique invétéré depuis sa jeunesse qui présente actuellement une hermianopsie droite survenue depuis environ quatre jours.

L'examen de cet œil, œil gauche, montre à la loupe une cataracte polaire antérieure (centrale). L'ophtalmoscope décèle au fundus une scléro-choroïdite postérieure.

Le malade est en effet myope de l'œil droit.

Les réflexes pupillaires sont normaux. On ne relève aucune paralysie oculaire. On localise la lésion de l'hermianopsie au lobe occipital gauche.

L'œil droit a été énuclé depuis 1872, sous la Commune, à

la suite d'un traumatisme de guerre qui a occasioné la perte de l'œil. L'œil artificiel qu'il porte ne tient plus et le malade consulte également pour cela. Le Dr Morax décide de lui faire une autoplastie.

7 mars 1906. — On lui fait l'autoplastie cavitaire par glissement d'un lambeau soucilier sur un pont situé du côté temporal, et on adapte ce lambeau à la surface cruentée du cul-de-sac inférieur horizontalement incisé.

2 avril 1906. — Le malade n'a présenté aucune réaction. Le résultat obtenu est jugé excellent. Le malade quitte l'hôpital.

21 mai 1906. — Le malade peut porter une petite pièce de prothèse qui tient bien et rend la difformité moins apparente. Il se plaint seulement d'une odeur qui persiste dans la partie externe de la conjonctive.

30 mai 1906. — Le prothèse tient très bien. Le lambeau a conservé sa dimension et forme une surface blanche dans le sac conjonctival.

Le malade a été revu à la date du 18 mai 1908, date à laquelle il revient pour un traumatisme nasal. Sa pièce de prothèse tenait correctement.

Cette méthode, dite de glissement, est souvent utile et rend de réels services. Elle donne un lambeau ferme et bien fourni, mais ici encore le lambeau n'a pas l'élasticité du lambeau épidermique.

DES GREFFES A LAMBEAUX NON PÉDICULÉS

Les lambeaux non pédiculés peuvent être empruntés à différentes régions, à condition que celles-ci soient saines. La région peut être ou éloignée (cuisse), ou proche (joue, paupière). Le choix de la région diffère avec les chirurgiens. C'est ainsi qu'Abadie préfère la joue, Panas la région épitrochléenne. Morax emprunte indifféremment à la région antéro-interne du bras ou à la face postérieure du pavillon de l'oreille.

D'après ce dernier, le lambeau emprunté à l'oreille est peu rétractile et se manipule plus aisément. Comme on le voit, nous ne sommes plus au temps où Le Fort déclarait solennellement (séance de la Société de Chirurgie du 17 janvier 1888) que, pour la réussite de la greffe, il était utile de choisir pour la taille du lambeau une région dont la peau ait la même texture que celle où le lambeau doit être appliqué. Les lambeaux sont encore de deux sortes : *dermiques*, comme le veulent Le Fort, Valude et Panas, dermo-épidermiques, selon la méhtode de Reverdin, Thiersch et Ollier.

Le Fort, qui a décrit le procédé à tort dénommé procédé de Wolf (de Glascow) est le premier à qui revient le mérite des premières tentatives de transplantation dermique sans pédicule. C'est aussi lui qui en a posé les indications principales et mis en relief ce point capital pour la bonne prise de la greffe : « débarrasser le greffon du tissu cellulaire et de la graisse sous-jacents, pour lui assurer sa réalité ».

A propos des greffes épidermiques il déclare que : « ces greffes sont d'une grande utilitè pour favoriser la cicataisation des surfaces bourgeonnantes et peut-être aussi pour obtenir des cicatrices moins rétractiles, mais elles deviennent insuffisantes quand il s'agit de combler une perte de substance ». Cette opinion intransigeante n'a heureusement pas eu raissn de la patience, de la bonne volonté et de l'activité des travailleurs. Le Fort serait lui-même heureux de constater que l'on a tort de juger trop vite.

CONDITIONS A REMPLIR POUR LA RÉUSSITE DES GREFFES ÉPIDERMIQUES

Les greffes dermo-épidermiques attribuées à tort à Thiersch sont en réalité les greffes de Reverdin. Celui-ci, en effet, en exposa les principes fondamentaux en 1872. Thiersch de Berlin ne fit que renouveler l'exposé de Reverdin quatre ans plus tard, et s'attribua en subtil Allemand le génie de cette greffe bien française. L'emprunt dermo-épidermique, qui constitue un excellent greffon dans l'autoplastie cavitaire, a besoin pour sa réussite parfaite d'être entouré de certaines conditions qu'il importe d'énumérer. D'abord il demande une asepsie rigoureuse sans laquelle la mortification du tissu arrive fatalement. Cette gangrène ne se voit heureusement qu'infiniment peu en cette période aseptique qui est la nôtre. Le sang réalisant un milieu de culture favorable aux microbes, il convient de faire une hémostase parfaite au niveau des surfaces cruentées.

Le champ sur lequel porte l'opération sera débarrassé de tout caillot dont la rétention compromettrait à coup sûr la vitalité de la greffe.

Le lambeau, bien étalé, soigneusement lissé, sera

solidement fixé par de nombreux points de suture au niveau de ses bords, et bien capitonné en son milieu. Un carré de taffetas protecteur, après le dernier point de suture, sera immédiatement interposé entre la surface de la greffe et le pansement de gaze aseptique qui ne doit exercer aucune compression, aucun tiraillement sur le greffon.

Les pansements seront renouvelés tous les trois jours environ avec la plus stricte asepsie. Le premier pansement ne sera levé que quatre ou cinq jours après l'opération, temps nécessaire à la prise de la greffe. A chaque pansement celle-ci sera aseptiquement lavée, mais avec des précautions infinies pour que le coton laveur ne tiraille pas le moindrement le tissu. Dans ces conditions, la vitalité de la greffe peut être assurée en huit à douze jours. Beaucoup d'opérateurs montent leur lambeau sur une armature. Ce procédé de *greffe à support* a été imaginé dans le but d'assurer l'asepsie de l'intérieur de la cavité.

Abadie et Axenfeld recouvrent un œil artificiel d'un lambeau épidermique. Rochon-Duvigneaud utilise une coque de verre. Morax monte parfois son lambeau sur une coque d'émail perforée de trous sur ses bords. Par ces orifices il fixe, au moyen de fils, le lambeau, sa face cruentée en dehors. Après section des adhérences, il insère le lambeau préalablement monté dans le cul-de-sac disséqué et fait une tarsorraphie. Après quoi, le lavage antiseptique de la cavité est assuré au moyen d'une seringue d'Anel qui utilise les orifices du mandrin. Quant à

Magitot, il se sert d'une coque en forme d'amande, présentant une face convexe et une face plate. Cette coque est munie d'une cheminée qui présente en retrait une gorge où s'enclave un ressort, qui, par sa détente, maintient la bonne mise en place du lambeau. Nous aurons occasion d'en reparler.

BUT ET TECHNIQUE DE LA GREFFE ÉPIDERMIQUE

L'autoplastie qui fut imaginée dès la plus haute antiquité pour les réfections nasales, se présente sous différentes modalités qui, disons-le de suite, ont toutes leurs avantages, et selon le cas leurs indications exclusives.

C'est ainsi que la greffe italienne est la meilleure autoplastie pour les refections nasales.

Dans les cas de blépharroplastie partielle, la méthode par glissement, la méthode par pivotement de Burrow, rendent de réels et appréciables services.

Dans les cas de restauration des culs-de-sac conjonctivaux, la greffe de Reverdin semble tout indiquée.

Les greffes dermo-épidermiques ont longtemps été utilisées seulement dans le but de hâter la cicatrisation de certaines plaies bourgeonnantes. Bien des chirurgiens, notamment Reclus, lui préférait même dans ce cas la greffe d'approche. Cependant ces greffes, bien maniées, donnent des résultats étonnants dans la restauration vite achevée de petites pertes

de substance. Il ne faut pas sans doute songer à combler par elles, les grandes pertes de substance résultant de grands délabrements. Paul Faitout, dans sa thèse en 1898, déclarait déjà que ces greffes réussissaient parfaitement à combler certaines pertes de substance ainsi définies, « petites, à surface plane et surtout bourgeonnante ». De Le Fort à l'élève de Berger, dix ans avaient suffi pour faire accepter l'opinion que ces greffes ne faisaient pas que hâter la cicatrisation de surfaces comblées déjà, mais qu'elles étaient à même de restaurer des brèches de petites dimensions. De plus, point capital, Faitout met alors en relief le fait, bien compréhensible d'ailleurs, que la réussite de la greffe épidermique est subordonnée à la mobilité de la région et à la plus ou moins grande excursion de l'organe restauré. Pourtant, l'on peut déjà à l'avance concevoir le succès que l'on a droit d'espérer de ces greffes dans la réfection cavitaire.

A la séance d'Ophtalmologie de Paris du 3 mars 1914, Magitot présente deux malades à qui ces greffes épidermiques ont été faites. L'un d'eux, opéré depuis dix mois, était atteint d'une symphyse palpébrale totale après évidement orbitaire ; l'autre, depuis cinq semaines, présentait un symblépharon avec absence de cul-de-sac inférieur. Ces deux malades peuvent actuellement porter un œil artificiel de bonne dimension.

Avant lui, Lakah, dans la Séance du 4 avril 1911, à la même Société, présente une malade dont les culs-

de-sac conjonctivaux sont complétement atrésiés, par suite d'une blessure grave de l'œil droit pendant la première enfance. La malade était venue le consulter pour son œil de verre qu'elle ne pouvait plus porter. Lakah déclare : « Un plan arrêté dans mon esprit consistait à séparer les bords palbébraux en élargissant la face externe, la cavité étant très atrésiée, à disséquer la face interne palpébrale des tissus sous-jacents auxquels les paupières adhéraient et de tapisser ces culs-de-sac d'un lambeau de peau pris soit au bras droit, soit à la cuisse, de façon à maintenir ces culs-de-sac permanents et éviter ainsi de nouvelles adhérences ». Toute la technique opératoire est là en germe. Il intervient chez cette malade le 31 mars 1910. Après injection de cocaïne à 2 pour 100, il sépare les bords palpébraux et fait une incision large et profonde du cul-de-sac inférieur jusqu'au malaire. Il applique un tampon de sérum dans le cul-de-sac. Il emprunte au bras droit un lambeau de peau de 3 centimètres de large et de 12 millimètres d'épaisseur.

Mais écoutons-le : « Après avoir trempé ce lambeau dans le sérum, et séparé ensuite du lambeau le tissu cellulaire qui le doublait, ayant retiré le tampon, je l'appliquai (le lambeau) sa face cruentée sur la face cruentée de la paupière, en ayant soin de placer sa partie étroite vers la commissure externe. Quelques rares points de suture au catgut ooo, le fixèrent dans cette position ». L'introduction d'une coque en émail dans le cul-de-sac créé suivie d'un pansement

occlusif gardé huit jours sur les deux yeux termine l'opération. Au huitième jour, le lambeau est vivant et beau.

Le 24 avril, il reprend l'opération pour le cul-de-sac supérieur cette fois. Malheureusement la partie profonde à la longue se retracte et le cul-de-sac « menaça de se combler sous l'influence du bourgeonnement des tissus du voisinage ». Vers la fin de mai, il a recours à une troisième intervention, très heureuse et suivie d'un parfait résultat.

A la même séance, le Dr Rochon-Duvigneaud présente un cul-de-sac supérieur nouvellement refait par une greffe épidermique.

La jeune fille, sa malade, avait un globe oculaire brûlé par projection de H C L. La paupière supérieure est fortement adhérente au globe. La cornée est recouverte dans ses deux tiers supérieurs par la paupière soudée. Le tiers inférieur est libre, opaque, vascularisé. Deux ou trois tentatives de restauration du cul-de-sac supérieur avaient déjà été faites sans succès. Il décide une autoplastie par greffe épidermique. Le lambeau est emprunté à la face antérieure de la cuisse, monté sur une coque de verre, et introduit dans le cul-de-sac après dissection large et profonde de celui-ci. L'opération est terminée par une blépharorraphie sans avivement.

Au quatrième jour, la fente palpébrale a gagné d'une ligne.

Au sixième jour, on procède à l'ablation des

sutures et à celle de la coque et l'on fait des instillations d'argyrol.

Le cul-de-sac est bien tapissé, et la greffe tient admirablement. Magitot exposé ainsi son procédé. Il laisse de côté les lames de plomb ou de verre, jusqu'ici utilisées dans cette greffe, et se sert d'une pièce en argent grosse comme une amande, bombée sur une face, plate sur l'autre, ayant des bords arrondis.

La face plate de l'instrument, présente une cavité de 5 millimètre de diamètre, se continuant par une cheminée dans laquelle se trouve en retrait une gorge assez profonde. Dans cette gorge s'enclave un ressort muni de deux œilletons qui permettent de le saisir au moyen d'une pince.

La greffe est prise sous forme d'un grand lambeau épidermique, 6 centimètre de largeur sur 4 centimètres de longueur, dans des cas cités par lui. Ce lambeau est étalé la face cruentée en dessous, sur une compresse imbibée de sérum ou de liquide de Ringer-Locke. La pièce métallique, la face convexe en dessous, est posée sur la face cruentée de la greffe dont les bords sont ramenés dans la cavité orbitaire préalablement disséquée. Le ressort introduit finalement dans la gorge de la pièce, par sa détente, maintient automatiquement les lèvres de la greffe qui, dès ce moment, habille la pièce métallique. En somme, la technique de cette greffe dont nous tenons à mettre en relief les point principaux est d'une exécution facile. Ce qu'il importe avant tout de bien fixer, c'est les dimensions du lambeau, qui seront calculés à l'avance ou au

besoin sur place de façon à pourvoir à la rétraction future obligée du lambeau. Nous croyons avec le Dr Morax qu'un lambeau ainsi calculé, prélevé a la face postérieure du pavillon de l'oreille, constitue le lambeau de choix pour l'autoplastie cavitaire dans tous les cas de symblépharon. En général, le lambeau devra être plus large d'un quart environ de la dimension totale de la brêche à combler. Toute la technique opératoire peut se résumer ainsi :

Le malade, couché sur la table d'opération et préparé comme pour toute intervention oculaire (lavage, savonnage, teinture d'iode, champs opératoires), reçoit dans le cul-de-sac atresié 2 à 3 centimètres cubes de cocaïne à 2 pour 100.

En un premier temps, le cul-de-sac conjonctival insensibilisé est libéré et ses adhérences avec les paupières et le globe sont levées. Un aide étanche la plaie qui saigne.

En un deuxième temps, l'on procède à la dissection des culs-de-sac. En cas de brides cicatricielles gênantes au niveau des commissures, un coup de ciseau sur le canthus externe ou interne, débridant celui-ci, facilitera commodément la dissection du cul-de-sac. Cette dissection doit être large, profonde. Elle doit aller pour le cul-de-sac inférieur jusqu'à l'os malaire, pour le cul-de-sac supérieur, jusqu'au rebord orbitaire.

En un troisième temps, l'on prélève à la face postérieur du pavillon de l'oreille un lambeau calculé

sur place ou d'avance qui comblera la brèche nouvellement créée.

Ce prélèvement se fera au moyen d'un microtome. Le lambeau sera aussi mince qu'une feuille de papier.

L'oreille aura été convenablement aseptisée et d'avance reconnue saine.

En un quatrième temps,ce lambeau est monté sur une coque d'émail comme le fait Morax, ou sur une pièce d'argent comme le fait Magitot. Bien étalé et bien lissé, ce lambeau est introduit dans le cul-de-sac et solidement fixé aux surfaces avivées par la dissection toute fraîche, en le suturant aux bords conjonctivaux. Les sutures sont faites à la soie, ou encore au catgut ooo.

En un cinquième temps, l'on fait une blépharorraphie sans avivement, levée dans les huit jours.

Dans le cas où le lambeau insuffisant ne déborde pas,on doit, par crainte d'une rétraction vicieuse du lambeau et la compromission de sa vitalité inhérente à sa mauvaise mise en place, partant, à sa mauvaise nutrition, ajouter un lambeau complémentaire dans la continuité du premier.

Pendant l'opération, l'aide devra débarrasser tout le champ cruenté de caillots et assurer à l'opérateur une hémostase parfaite. Après la mise en place de la greffe et sa suture, il convient de déterger la plaie et son voisinage immédiat, après un lavage fait avec une substance antiseptique: sublimé au millième,par exemple. On recouvre, en terminant, la plaie opéra-

toire d'un carré de taffetas, puis de quelques rondelles de gaze aseptique, que l'on maintiendra en place pendant quatre jours, au moyen d'une bande de crêpe réalisant une compression légère. Le malade est ensuite ramené dans son lit.

DES SUITES DE L'OPÉRATION

Les suites opératoires sont nulles ou a peu près. Généralement on ne note aucune réaction fébrile, aucune inflammation de voisinage, aucun trouble local. On n'a jamais à craindre l'infection du tissu orbitaire sous-jacent à la greffe, si l'on a eu soin d'employer une minutieuse asepsie. Très rarement, il arrive qu'un coin du lambeau épidermique se sphacèle et qu'une desquamation épithéliale à ce niveau se manifeste, réalisant une petite perte de substance. On assiste exceptionnellement à la mortification totale du lambeau. Ce qu'il faut bien retenir et nous ne saurions trop y insister, c'est, ce qu'on pourrait appeler les quatre points cardinaux de la bonne prise d'une greffe épidermique :

1° Le maintien pendant et après l'opération jusqu'à la cicatrisation achevée de la plaie, d'une rigoureuse asepsie ;

2° La parfaite solidité de la suture du lambeau ;

3° La bonne largeur du lambeau calculé proportionnellement à la surface à combler ;

4° La non-compression du lambeau et son non-tiraillement aux heures de pansements consécutifs.

La nécrose d'une zone ou du tout de la greffe reconnaît généralement pour cause l'abstention à l'une ou à plusieurs de ces règles absolues.

Combien de greffes, en effet, ont présenté des zones de nécrose, grâce seulement aux tiraillements exercés sur elles au moment d'un pansement, tiraillements qui contrarient toujours la nutrition du lambeau et qui amènent inévitablement sa mortification partielle.

C'est pourquoi nous ne saurions trop attirer l'attention sur les pansements consécutifs. Ceux-là qui seront faits tous les trois jours exigeront une grande douceur et une minutieuse asepsie.

Le premier pansement ne sera levé qu'au bout du quatrième jour qui suit l'opération.

La greffe à cette époque est prise on commence à bien prendre. A cette époque également la bonne prise de la greffe se laisse entrevoir généralement.

En face d'un lambeau pâle, lisse qui, perd sa pigmentation, et qui présente une coloration uniforme sur toute sa surface, on est en droit de porter un pronostic favorable à l'avenir de la greffe. Ce lambeau, au bout d'une dizaine de jours, vient à tenir admirablement et tranche déjà par une surface d'un blanc uniformément mat. O peut alors considérer la greffe comme assurée.

Vient-on le quatrième ou le cinquième jour à remarquer une petite zone plus foncée, tantôt bleu violacée, tantôt franchement noirâtre dans un angle du lambeau, le pronostic d'avenir est moins bon sans pour cela qu'on ait toujours raison. Mais géné-

ralement alors le pessimisme que l'on montre à l'égard de la greffe se confirme.

La petite zone se nécrose ; une desquamation épithéliale s'ensuit, entraînant une perte de subtance. Cette zone est-elle un point, la perte ne nécessite pas de nouvelle intervention ? Occupe-t-elle une bonne partie du lambeau, il faudra par la suite recourir à une nouvelle autoplastie. Parfois cependant une petite région altérée vers le quatrième jour, taquinant notre pronostic, se répare d'elle-même parfaitement, et vers le huitième jour la greffe s'assure de toute sa vitalité.

Parfois il arrive qu'une bonne greffe dans la suite se couvre de bourgeons charnus émanant de la peau greffée. Ces bourgeons qui ne doivent provoquer aucune inquiétude seront réséqués au fur et à mesure de leur apparition, sans rémission. Leur résection aisée en elle-même, n'est en général suivie d'aucune conséquence. En somme, l'avenir tout prochain de la greffe n'inspire aucune désillusion. Mais avant de terminer ce sujet il nous faut discuter ici les grands reproches que l'on fait à la greffe Reverdin-Thiersch.

Les détracteurs de cette greffe déclarent que :

1° La rétraction dans la greffe épidermique est plus fortement accusée que dans les greffes à lambeaux pédiculés ;

2° La greffe Reverdin-Thiersch est une greffe qui ne tient pas.

Ces deux déclarations peuvent être considérées comme franchement erronées aujourd'hui.

En ce qui concerne la rétraction de cette greffe, il nous est facile de contre-déclarer que la rétraction du lambeau, même qu'elle soit plus fortement accusée dans ce genre de greffe, n'empêche pas la bonne prise de la greffe, si l'on a eu soin de calculer son lambeau et de le faire plus étendu d'un quart proportionnellement à la surface à restaurer.

Quant au deuxième argument, il comporte sans doute une certaine part de vérité dans son assertion. Mais ce reproche ainsi formulé me semble outrageusement généralisé.

S'il est incontestablement des greffes de Reverdin-Thiersch qui n'ont pas tenu, tantôt au bout d'un laps de temps insignifiant (quelques semaines, quelques mois), tantôt au bout d'un intervalle assez long (cinq ans, et plus), il est, par contre, aussi incontestablement des cas où cette greffe tient depuis huit et dix ans sans changement. Nous pouvons répondre formellement à l'objection n° 2 que nous sommes à même de présenter des malades dont la cavité orbitaire a été tapisée depuis plus de huit ans d'une greffe épidermique, et que cette cavité supporte admirablement une pièce artificielle de bonne dimension.

Pourquoi alors cette variabilité dans les résultats, nous dira-t-on ? Mon humble avis est que cette variabilité tient dans la variabilité même des tissus employés. C'est que tel tissu, en apparence sain, n'a pas dans sa trame les qualités requises pour se prêter à une bonne greffe. Le moyen de discuter la qualité du tissu reste une difficulté première,

contre laquelle nous nous buterons inévitablement. C'est ainsi que nous pouvons aller au-devant d'un écueil aussi facilement qu'au-devant d'un succès, s'il est permis de se tromper sur une question aussi hypothétique que l'état véritablement sain d'un tissu et la bonne qualité de sa trame.

En dernière analyse, à supposer la partie perdue pour nous, nos greffes ne tenant pas (ce que nous sommes loin naturellement d'admettre) n'est ce pas un véritable succès que nous remportons, de restaurer, ne serait-ce seulement que pour une période de six ou huit ans, une cavité orbitaire, destinée à rester difforme, et de lui assurer des culs-de-sac propres au port d'un œil artificiel ? Refaire une cavité non existante, la remplir d'un œil articiel bien façonné qui s'y adapte parfaitement, n'est-ce pas le moyen de rendre aux malheureux énucléés, atteints de la hideuse difformité réalisée par un symblépharon total ou partiel par exemple, un œil esthétique et partant un bon moral ?

Et si enfin l'on considère la souplesse et l'élasticité de la greffe épidermique, si l'on admet la possibilité de cette greffe — comme nous le prétendons — de durer de très longues années et peut-être toujours, ne doit-on pas mettre cette greffe dans la réfection cavitaire sur la large voie de l'avenir ?...

Les quelques observations que nous reproduisons ici témoignent élogieusement des résultats heureux que l'on peut espérer de ce genre d'autoplastie si commode à la réfection cavitaire.

OBSERVATION I

Isabelle C..., avenue de Saint-Ouent rentre le 30 juin 1903 à Lariboisière pour un symblépharon de l'œil droit et une atrophie cicatricielle de l'œil gauche. L'affection oculaire remonte à l'âge de seize mois, l'enfant étant tombée la face dans la chaux vive.

Œil droit. — La paupière inférieure est adhérente au bord inférieur de la cornée. Le bord ciliaire de la paupière supérieure adhère largement au centre de la cornée qui offre une coloration blanche cicatricielle sans aucune trace de transparence.

De chaque côté de l'adhérence centrale, il existe deux petits culs-de-sac. Une sonde glissée dans le cul-de-sac supérieur y pénètre.

Après libération de l'adhérence palpébrale supérieure on retrouve un segment plus ou moins intact de la cornée.

Le globe oculaire a sa tension normale. Il existe encore une vague perception lumineuse.

Œil gauche. — Atrophie totale de l'œil. L'adhérence palpebro-conjonctivale est complète.

1er juillet 1903. — M, Morax décide d'intervenir. Il libère le bord ciliaire de la paupière supérieure de l'œil droit par quelques coups de ciseaux. L'adhérence à la cornée a en hauteur une largeur de quelques millimètres.

Au-dessus de cette adhérence, la cornée est un peu moins opaque et laisse transparaître une légère coloration bleuâtre de l'iris. Il libère également la paupière inférieure. Le cul-

de-sac se reforme de lui-même. A la paupière supérieure, il fait une autoplastie avec un lambeau emprunté à la face postérieure du pavillon de l'oreille droite. Quelques points de suture fixent ce lambeau.

La paupière inférieure présentant une tendance à l'extropion, reçoit deux sutures de Galliard. On applique un pansement.

3 juillet 1902. — Le pansement est renouvelé. Température : 38 dégrés. On ne remarque rien d'anormal si ce n'est une légère photophobie après l'ablation du pansement.

5 juillet 1903. — L'état général est bon. La photophobie est très attenuée, Nouveau pansement.

10 juillet 1903. — On pratique l'ablation des fils palpébraux. Le lambeau conjonctual a bien pris.

13 juillet 1903. — On procède à l'extirpation du globe gauche et à la réfection des culs-de-sac par autoplastie.

Le sac conjonctival de l'œil gauche est assez grand. L'ouverture palpébrale est environ de 5 millimètres de hauteur.

Le globe a la forme d'un moignon vasculaire.

Un lambeau épidermique est emprunté à l'oreille gauche (face postérieure) et greffé à la paupière supérieure, sur sa face postérieure. Un pansement sec termine l'opération.

16 juillet 1903. — Il ne reste qu'une très légère cicatrice du point d'excision de l'oreille. On enlève le pansement de l'œil gauche. La cornée se montre recouverte d'une membrane charnue très vascularisée. Le lambeau greffé a bien pris. L'ouverture palpébrale atteint 10 à 12 millimètres.

19 juillet 1903. — L'état général est très bon. La température qui, le 18, une seule fois depuis l'intervention, était mon-

tée à 38°4, est revenue à la normale. La greffe est parfaite ; le malade quitte le service.

4 août 1903. — Le malade est revenu. Il parvient à bien fermer son œil droit qui distingue nettement le jour de la nuit et voit « ce qui remue ».

L'autoplastie tient admirablement.

OBSERVATION II

Joseph L..., trente-deux ans, entre le 5 novembre 1903, dans le service du Dr Morax avec les symptômes suivants :

Œil droit. — Rougeur de la conjonctive palpébrale. Sur le bord ciliaire de la paupière inférieure, immédiatement en dehors du point lacrymal inférieur, on découvre une tuméfaction de ce bordqui est recouvert d'une peau amincie, rouge, luisante, complétement indolore.

Œil gauche. — — Présente également une rougeur de la conjonctive palpébrale. La peau au niveau de l'angle interne de l'œil est superficiellement ulcérée. L'ulcération atteint une largeur d'environ 1 cm. 5 dans la région prélacrymale. Les points lacrymaux sont en place, intacts.

En pressant au niveau du sac, on ne fait rien sortir par les points lacrymaux. L'ulcération est humide, recouverte d'un enduit grisâtre ; ses bords sont polycycliques mais peu nets. Cette ulcération existe depuis quatre mois. Le malade ne présente aucune douleur. Il n'a pas d'adénopathie. Il nie la syphilis. On relève dans ses antécédents une pleurésie dans sa jeunesse et de l'éthylisme. Les cornées sont transparente Les reflexes pupillaires sont normaux. Il a même un réflexe

paradoxal. Les deux yeux sont emmétropes. La tension oculaire est normale.

20 novembre 1903. — L'examen penche vers une épithélioma.

24 novembre 1903. — M. Morax décide d'intervenir, l'ulcération ne régressant pas.

25 novembre 1903. — M. Morax circonscrit la tumeur dans une incision qui passe à 3 millimètres du bord de l'ulcération. Il disséque la tumeur et en pratique l'ablation. Reste une plaie en forme de U transversalement couché. La plaie est comblée par une greffe de Thiersch empruntée à la face interne du bras et suturée à la soie, Pansement.

26 novembre 1903. — Pas de douleurs éprouvées par le malade ni spontanément ni à la pression. Pas de température.

27 novembre 1903. — Au lever du pansement le lambeau a très bonne mine. Il a bien pris. Il présente une teinte où transparaît une légère coloration mauve. Aucune suppuration. Ses fils sont enlevés. On ne note aucun point de nécrose. On applique un pansement sec.

30 novembre 1903. — Nouveau pansement. La plaie a bon aspect. La couleur de la greffe tend à s'harmoniser avec celle des tissus voisins. L'angle interne est bien refait. Il n'y a aucun point louche, aucune suppuration.

1er décembre 1904. — La cicatrisation est complète.

16 décembre 1904. — Le malade quitte définitivement l'hôpital, mais reviendra de temps en temps.

16 janvier 1905. — L'on revoit le malade. L'angle interne de l'œil gauche demeure intact, cependant l'on note une légère décoloration de la greffe. En écartant la commissure

on peut découvrir une petite zone ulcéreuse qui commence grosse comme un petit pois. *C'est une érosion de nature probablement néoplasique.*

Nous voyons qu'en opérant sur un tissu sain d'apparence pourtant (peau de la face interne du bras), le lambeau, au bout d'un mois, commence cependant à se sphacéler. N'est-ce pas là, en comparaison de lambeaux qui tiennent franchement bien de longues années, une preuve que les échanges intimes qui se font à l'intérieur des tissus, et qui, ne pouvant être suivies, nous échappent, créent des modifications tissulaires, qui font que la peau apparemment saine d'un néoplasique est incapable de donner un solide et bon greffon ? Et même chez ce malade le lambeau peut aller jusqu'au 17 août 1909, où la récidive épithéliomateuse a lieu.

Ce malade, successivement depuis traité par le Dr Claude à Saint-Louis (radiumthérapie) et le Dr Sebileau qui lui a fait, en 1913, l'ablation du sinus frontal, est revenu à Lariboisière en 1915, nécessitant une ablation du segment antérieur de l'œil gauche suivie d'éviscération du globe et de suture conjonctivale. Depuis on le suit.

OBSERVATION III

Henriette B..., seize ans, vient de Beaume-la Rollande (Loiret), à Lariboisière, le 28 février 1905, présente un

ectropion cicatriciel de la paupière inférieure gauche par chute dans le feu à l'âge de dix-huit mois.

Œil gauche. — Toute la moitié interne de la paupière inférieure présente une surface rouge sans bourgeons.

Tout le rebord palpébral a conservé ses cils. La malade présente en outre de l'épiphora par suite d'un point lacrymal rétréci qui cède à la dilatation et laisse ensuite bien passer l'injection. L'ectropion dessine une encoche triangulaire. Le globe oculaire est intact.

Elle présente des cicatrices en outre de la région antéro-interne de la joue gauche et du dos du nez; d'autres cicatrices beaucoup plus marquées sur le côté gauche de la face.

1er mars 1905. — Le Dr Morax pratique une autoplastie dans le but de refaire le cul-de-sac inférieur. Il trace après injection de 2 centimètres cubes de cocaïne, une incision du cul-de-sac qu'il dissèque par incision parallèle au bord de la paupière inférieure, prélève un lambeau épidermique à la face antéro-interne du bras et l'insère dans la cavité.

Une blépharorraphie sans avivement réalisée par trois points de suture termine l'opération.

La malade reçoit un pansement et est transportée dans son lit.

5 mars 1905. — On renouvelle le pansement. On ne note aucune réaction, aucun exsudat.

6 mars 1905. — On procède à l'ablation des fils. La greffe est bien prise, mais la blépharorraphie ne tient pas.

8 mars 1905. — Application d'un nouveau pansement. Ablation des deux derniers fils. Le lambeau autoplastique tient bien et en totalité. Par contre, la blépharorraphie n'a tenu en aucun point. Cependant on ne constate pas de

bâillement de la paupière. Le bord palpébral est en bonne situation.

13 mars 1905. — Nouveau pansement.

18 mars 1905. — Exeat. Le bord de la paupière inférieur s'applique presque complètement sur le globe oculaire. Le cul-de-sac a recuperé une profondeur convenable. Le lambeau présente une surface assez irrégulière, mais la prise reste parfaite.

12 janvier 1911. — On a rencontré la malade et voici la description qu'on en fait : « L'aspect est très satisfaisant au point de vue esthétique. La greffe est restée blanche. L'œil se ferme parfaitement. Le cul-de-sac est de bonne profondeur et les deux paupières viennent à s'accoler parfaitement.

Ici, par conséquent, nous devons noter la durée de la greffe épidermique, intacte et bonne, depuis près de dix ans ; le retour à l'esthétique et en plus la restauration fonctionelle de l'organe qui a reçu la greffe. Ce triple résultat a été obtenu dans maintes et maintes occasions. Il serait malheureusement trop long de reproduire toutes les observations qui le démontreraient.

OBSERVATION IV

Henri S..., infirmier, trente-quatre ans, vient consulter pour une atrophie du globe de l'œil droit. Il aurait reçu un coup de pierre au niveau de l'œil droit à l'âge de deux ans. La perte de l'œil consécutive au trauma a nécessité une énucléation Il portait un œil artificiel jusqu'à ces deux dernières années. Depuis deux ans l'œil de verre ne tient plus.

Œil droit. — A l'examen de l'œil droit on trouve une bride cicatricielle étendue de la conjonctive au moignon. Le cul-de-sac supérieur est très retréci. Le cul-de-sac inférieur est bien diminué de profondeur, presque effacé.

Œil gauche. — On note une iridectomie optique inférieure pratiquée il y a dix ans. Le malade ne peut fournir aucun renseignement sur les circonstances qui ont amené cette opération. On découvre un leucome à la partie toute supérieure de la cornée. La chambre antérienre semble effacée derrière le leucome et l'iris adhérent à la cornée. La circonférence irienne de la pupille est étroite. La pupille artificielle réagit à la lumière : V. O. G. = 5/7,5.

17 mars 1909. — Le malade est chloroformé pour une autosplastie-cavitaire. Le Dr Morax libère le sac conjonctival en haut et en bas jusqu'au voisinage du bord libre. Il prélève un lambeau à la face postérieure de l'oreille et insère ce lambeau monté sur une coque de plomb dans la cavité disséquée. Cinq points de suture réunissent le lambeau cutané aux bords conjonctivaux.

18 mars 1909. Le malade n'éprouve aucune douleur. On ne note aucune réaction fébrile.

23 mars 1909. — Pansement : On procède à l'ablation des fils. On note un léger œdème palpébral.

27 mars 1909. — Le lambeau greffé aggrandit le cul-de-sac. L'œdème a disparu. Aucune réaction.

11 juin 14. — Le lambeau tient parfaitement. Le malade porte une pièce de bonne dimension.

Œil gauche. — Ulcération sur l'ancienne cicatrice.

Nous voici encore au-devant d'un résultat datant

de plus de cinq ans. La greffe tient comme si elle venait d'être plantée. Et l'on dira que la greffe de Reverdin ne tient pas ?

OBSERVATION V

Marie L..., vingt-neuf ans, couturière, entre le 21 octobre 1910 parce qu'elle ne peut plus porter son œil artificiel.

Antécédents personnels. — Rougeole à trois ans et demi. A la suite, ulcère de la cornée. Ce serait à la suite d'une cautérisation qu'elle aurait été subitement prise de douleurs au niveau du globe gauche ayant déterminé une atrophie consécutive.

L'œil a été énucléé à l'âge de quatre ans. Depuis quatre à cinq ans, elle porte des pièces artificielles de plus en plus petites. Actuellement, depuis un mois, le port d'une pièce quelque petite est devenu impossible.

État actuel. — V. O. D. = normale.

Œil gauche : Adhérences palpébro-conjonctivales marquées par des brides cicatricielles.

26 octobre 1910. — On lui fait une autoplastie cavitaire au moyen de greffes de Thiersch. On prélève deux lambeaux dermo-épidermiques sur la face antérieure de la cuisse gauche et on les fixe sur les deux bords d'une coque en plomb par huit points de suture.

On débride la commissure externe de l'œil gauche par une canthotomie externe.

On incise au niveau du cul-de-sac inférieur puis supérieur et l'on procède à l'insertion de la coque. On suture la com-

missure externe par trois points. L'opération est faite sous anesthésie locale à la cocaïne.

31 octobre 1910. — Pansement. Ni réaction, ni sensibilité, ni sécrétion. Ablation des fils de la canthoplastie.

4 novembre 1910. — Un peu de macération de la région palpébrale. On enlève la coque.

5 novembre 1910. — On constate que les lambeaux ont parfaitement pris. On remet la coque en plomb après en avoir réduit le volume. Teinture d'iode.

11 novembre 1910. — La peau de la greffe est encore un peu pigmentée, mais les lambeaux sont en bonne place. Exeat.

22 novembre 1910. — La cavité peut admettre une petite pièce de prothèse.

31 janvier 1911. — Bonne persistance des lambeaux.

19 janvier 1915. — La Pièce artificielle faite par Coulomb, s'adapte parfaitement et est bien tolérée.

24 juin 1915. — Bonne cavité épidermique.

OBSERVATION VI

Philomène L..., quarante-six ans, se présente le 7 juillet 1905 pour un symblépharon de l'œil droit survenu vingt et un ans après l'énucléation de cet œil. Le port de la pièce artificielle est impossible. En 1884 elle présente une plaie pénétrante de l'œil droit avec infection (par aiguille).

L'énucléation a été faite à Tournai.

Depuis un an la malade est gênée par sa prothèse. Elle a dû modifier petit à petit et continuellement la forme de sa pièce artificielle.

Actuellement elle est très gênée par suite d'une bride qui fait adhérer le bord ciliaire de la paupière supérieure au cul-de-sac. Elle vient à Lariboisière pour cette gêne.

7 juillet 1905. — Le Dr Morax procède après chloroformisation à la réfection du cul-de-sac par autoplastie.

Il incise au niveau du cul-de-sac supérieur et y fait l'application d'un lambeau épidermique prélevé à la face postérieure de l'oreille droite. Il adapte la pièce artificielle à la cavité reconstituée et pose un fil palpébral.

12 juillet 1905. — Pansement et ablation du fil palpébral.

20 juillet 1905. — On procède à l'ablation de la pièce. Le lambeau a complètement pris. La gouttière du cul-de-sac supérieur est très satisfaisante et permettra le maintien de la pièce artificielle.

22 juillet 1905. — Le malade quitte l'hôpital pour aller faire faire une nouvelle pièce chez le Dr Coulomb. La cicatrisation est parfaite et le lambeau a enlevé le point disgracieux qui faisait tache. Le malade n'a jamais eu de température.

OBSERVATION VII

Hubert A..., trente et un ans, serrurier, rentre à Lariboisière le 25 février 1911 pour une blépharo-conjonctivité chronique avec ectropion.

Depuis son enfance le malade présente de la blépharite ciliaire traitée sans résultats. Actuellement les paupières sont boursouflées. Le bord libre est évasé, rouge, sans cils. L'ectropion est manifeste à la paupière inférieure et plus accentué du côté gauche. Le larmoiement est continuel. Il y

a un agglutinement palpébral le matin au réveil, plus marqué à gauche.

L'occlusion des paupières se fait à peu près normalement. La commissure externe de l'œil droit est légèrement bridée par un repli cicatriciel.

Le malade présente en même temps de l'impétigo du menton dont le début remonte à quinze jours. Rien à signaler au sujet des antécédents.

7 mars 1911. — On fait une blépharophlastie et une autoplastie marginale de l'œil droit, car depuis trois semaines l'état bourgeonnant des bords libres palpébraux, surtout du bord libre de la paupière inférieure, ne s'améliore guère malgré les applications de teinture d'iode et d'alcool iodé.

8 mars 1911. — Blépharorraphie de l'œil gauche et autoplastie par greffe épidermique. L'opération dure cinquante minutes. Le malade prend 40 centimètres cubes de chloroforme. Le Dr Morax pratique le dédoublement des deux paupières et une blépharorraphie par quatre points de suture. A 4 millimètres au-dessous du bord libre de la paupière supérieure, il trace une incision parrallèle au bord libre et y insère le lambeau par quelques points de suture.

19 mars 1911. — Pansement : Le lambeau a bien pris. Pas de suppuration. Ablation des fils.

27 mars 1911. — Bon état : Le bord libre est légèrement bourgeonnant et suintant. On procède à l'ablation de croûtes à son niveau et on termine par un attouchement iodé.

8 avril 1911. — On cautérise le bord de la paupière inférieure au galvano-cautère. On incise au bord libre à 4 millimètres au-dessous, et l'on fait l'insertion d'un lambeau de

Thiersch, sous cocaïne, prélevé à la face postérieure de l'oreille.

13 avril 1911. — Bon état. Pas de suintement. Suppression du pansement.

22 avril 1911. — Nouvelle autoplastie pour l'œil gauche. Incision courbe au niveau de la paupière inférieure de l'œil gauche et fixation par quatre points de suture d'un lambeau de Thiersch prélevé à la face antérieure de la cuisse droite.

27 mai 1911. — Autoplastie de la paupière supérieure de l'œil gauche par lambeau pédiculé emprunté à la région frontale.

Après incision à 8 millimètres sur le bord libre de la paupière supérieure, l'on pratique l'insertion d'un lambeau pédiculé tempcro-frontal allant jusqu'à la bosse frontale antérieure.

30 mai 1911. — Le lambeau est bien pris. Ablation des fils. Attouchement iodé sur la fente palpébrale.

5 mai. — On enlève le pansement. Nouvelle application d'iode.

12 juin. — Cautérisation ou galvano-cautère des points bourgeonnants du bord libre de la paupière inférieure.

27 juin. — Depuis cinq jours on pratique des lavages au Gram et on fait des onctions à la pommade de calomel. L'état bourgeonnant a disparu.

28 juin. — Libération des paupières. Le malade part le 10 juil'et.

Ici les autoplaties ont dû être suivies à cause de la suppuration des bords palpébraux de cautérisation et d'iode. Cette même observation nous fait voir

l'application des deux méthodes de greffes, avec leurs avantages respectifs et heureux.

OBSERVATION VIII

François W..., cinquante ans, contremaître à une fabrique de sérum, entre le 21 avril 1911 pour un symblépharon de l'œil droit survenu à la suite d'une projection de sérum bouillant atteignant l'œil et brûlant la conjonctive au niveau de la commissure interne. Il a déjà été opéré en mars dernier et on lui a fait une autoplastie par glissement de la paupière inférieure.

L'état actuel est le suivant : V. O. D. = 8/10 ; V. O. G. = 8/10.

L'œil droit présente des adhérences de la conjonctive avec le bord des paupières supérieure et inférieure dans leur tiers nasal. Le cul-de-sac inférieur est réduit de profondeur dans toute sa longueur. Les mouvements de l'œil sont limités et il en résulte de la diplopie.

21 avril 1911. — Le Dr Morax fait une libération de la paupière supérieure, de la commissure interne et de la paupière inférieure en sectionnant franchement les adhérences établies. Il insère dans la plaie deux lambeaux de Thiersch prélevés à la cuisse. Ces deux lambeaux dessinent un U dont la base est à la commissure interne. Ces lambeaux sont maintenus en place par une lame de plomb taillée en fer à cheval. On instille II gouttes de cocaïne dans l'œil et l'on donne un binocle au malade.

24 avril 1911. — Aucune réaction à signaler.

26 avril 1911. — Les lambeaux ont très bien pris. Aucune réaction. Le malade reçoit un monocle.

7 mai 1911. — On supprime les pansements.

6 juin 1911. — Le cul-de-sac inférieur est plein de bourgeons charnus qui remontent au-devant de la cornée jusque vers le milieu de la pupille. La paupière inférieure bâille légèrement par suite de leur présence gênante. On procède à la résection des bourgeons. Depuis, le malade va bien et sa greffe demeure intacte.

OBSERVATION IX

Marie F..., trente-six ans, entre le 14 janvier 1913 à Lariboisière pour un ectropion cicatriciel des deux paupières de l'œil droit.

L'œil gauche = ectropion cicatriciel de la paupière inférieure.

Ces lésions sont consécutives à des brûlures par projection d'éther enflammé à la suite de l'explosion du laboratoire Bengué, 47, rue Blanche. A l'œil droit on relève un leucome total de la cornée. L'œil gauche présente des opacités de la cornée dans le tiers inférieur.

14 janvier 1913. — Le Dr Morax intervient sur l'œil droit par une autoplastie à lambeaux non pédiculés. Il commence par tracer deux incisions parallèles au bord libre des paupières. Quatre points de suture réalisent uue bonne blépharorraphie. Il prélève à la face antérieure des cuisses deux lambeaux : un lambeau dermo-épidermique sans graisse pour la paupière supérieure, un lambeau plus superficiel pour la réfection de la paupière inférieure.

21 janvier 1913. — Le malade n'a éprouvé aucune douleur. Il n'a présenté aucune température. Le lambeau supérieur a

bien pris et se trouve à niveau avec le reste des téguments. Le lambeau inférieur a bien pris dans sa partie temporale ; il surplombe un peu les téguments voisins dans sa partie nasale.

23 janvier 1913. — Les greffes présentent une bonne coaptation. On note un peu de réaction locale à une cuisse (rougeur diffuse, hyperthermie locale ; la température atteint 38 degrés). On fait un attouchement de la plaie d'emprunt à la teinture d'iode.

24 janvier 1913. — Les phénomènes réactionnels ont retrocédé. On pratique l'ablation des fils palpébraux. La blépharorraphie tient bien ; les lambeaux sont libérés.

28 janvier 1913. — Les lambeaux ont bien pris, mais laissent à découvert dans leurs tiers externe à la paupière supérieure, dans leur tiers interne à la paupière inférieure, une petite surface cruentée. *On enlève les débris épithéliaux desquamés des lambeaux et l'on y applique un pansement aseptique.*

1 février 1913. — La surface épithéliale du tiers interne s'est éliminée. N'empêche que le lambeau garde un bel aspect.

4 février 1913. — L'état général est bon. Le lambeau, bien pris, présente seulement quelques petits points non recouverts. Application d'un bon pansement aseptique.

12 février 1913. — Le malade quitte le service. *Les lambeaux en coaptation parfaite* sont désormais à l'abri de tout sphacèle.

J'ai cité cette observation, hors cadre, dans le but toutefois de démontrer que l'on peut rencontrer de

temps en temps quelques manifestations morbides localisées au niveau de la zone où l'on fait l'emprunt. Une sage application de teinture d'iode suffit généralement alors à enrayer dès le début toute extension des processus septiques qui peuvent se montrer. Cette observation a le mérite également d'attirer l'attention sur cette desquamation partielle du lambeau que l'on note dans un assez bon nombre de cas, dont l'épithélium s'élimine laissant une petite surface à découvert saillant par sa coloration sur celle du lambeau bien pris. Quels que soient les phénomènes qui soient à la base de cette légère excoriation, rétraction ou tiraillement ou même les deux, il nous est permis de constater heureusement que cet incident ne compromet pas toujours la vitalité du greffon et que, partant, le pronostic, s'il doit demeurer réservé, ne serait que téméraire s'il allait être sévère d'emblée. En présence d'accidents locaux pareils, il ne faudra souvent que redoubler d'asepsie vis-à-vis du lambeau pour voir celui-ci échapper totalement à la morbidité qui le menace.

OBSERVATION X

Louise L..., soixante-dix sept ans, rentre le 30 avril 1913 pour un épithélioma de l'angle interne de l'œil droit. Le début remonte à six mois. La malade présentait alors des croûtelles au niveau du point d'appui de l'axe des lunettes. Peu à peu une surélévation (tumeur) s'établit à ce niveau. Une

exulcération s'ensuivit, On ne lui trouve aucune adénopathie préauriculaire.

6 mai 1913. — La malade a souffert, toute la journée d'hier, jusqu'à 5 heures du soir, de la région tumorale.

7 mai 1913. — L'on intervient par une exérèse large de la tumeur. L'on comble ensuite la plaie par une autoplastie épidermique. L'emprunt est prélevé à la région antéro-interne du bras gauche.

8 mai 1913. — L'état de la plaie est des plus satisfaisants.

12 mai 1913. — On fait un pansement. On procède à l'ablation des fils. On note une bonne réunion du lambeau avec les tissus voisins.

15 mai 1913. — La prise de la greffe est excellente. La malade sort de l'hôpital.

22 mai 1913. — L'état local de la greffe, ainsi que l'état général, ne laissent rien à désirer.

OBSERVATION XI

Julien D..., soixante-trois ans, mineur, entre le 19 mai 1913 à Lariboisière pour un simblépharon de l'œil droit et un ptérygion cicatriel de l'œil gauche.

La vision de l'œil gauche est égale à zéro. La cornée est recouverte de cicatrices cornéennes et flanquée d'un grand ptérygion cicatriciel. L'œil a souffert de traumatismes antérieurs.

Œil droit. — Le symblépharon occupe les régions inféro-externe et supéro-externe de l'œil droit. La sonde qu'on y introduit permet de s'assurer que le cul-de-sac supérieur est en partie libre. La vision de l'œil droit se borne à la seule per-

ception lumineuse. Magitot opère le malade le 3 juin de son symblépharon : 35 grammes de chloroforme sont administrés. L'opération dure trois quarts d'heure. Au cul-de-sac inférieur il libère les adhérences dans la partie temporale de la conjonctive et de la cornée. La cornée est recouverte d'un tissu cicatriciel épais. Il fait ensuite la prise d'une greffe de Reverdin-Thiersch au flanc droit et en pratique l'enrobement à l'aide d'une coque en plomb. La greffe est maintenue en place par deux fils cruciformes. Il pratique ensuite une blépharorraphie temporaire.

5 juin 1913. — Le malade n'a pas souffert. Son état est bon.

7 juin 1913. — On fait un premier pansement. Le malade peut fermer l'œil, essayer une excursion de l'organe.

9 juin 1913. — Nouveau pansement. On relève les plis de la blépharorraphie. On fait l'ablation de la coque. La greffe est bien prise. Il existe un pont de tissu greffé du côté temporal.

11 juin 1913. — On fait la section d'une bride établie au niveau de la greffe. On explore le cul-de-sac inférieur qui, en dehors, est bien tapissé. On sectionne quelques bourgeons charnus provenant de la peau greffée. On remplace les pansements par des lavages.

30 juillet 1913. — La cicatrisation de la greffe est parfaite. Passage du malade dans un autre service.

15 octobre 1913. — Le malade, revenu dans le service, on prélève une greffe de Thiersch à son flanc droit. On la suture autour d'une coque épidermique et l'on procède à la restauration du cul-de-sac supéro-externe. Après débridement de

celui-ci, on fait la mise en place de la coque que l'on fait suivre d'une blépharorraphie temporaire.

28 octobre 1913. — Le malade s'en va. Les culs-de-sac supérieur et inférieur sont tapissés sur tout le côté temporal d'un beau pont de greffe. Il pourra utiliser un œil artificiel.

OBSERVATION XII

Appolinaire L..., trente-sept ans, mécanicien à bord du remorqueur *Actif III*... Vient consulter à Lariboisière le 15 mars 1914 pour une plaie pénétrante de la paupière et du globe (O.G.) par éclatement du tube d'une chaudière. Le 16 mars, Landrieu procède à la suture de la paupière et du globe. La chambre antérieure est pleine de sang. On aperçoit fort peu l'iris, pas du tout la pupille.

Iridodialyse : Il explore encore et découvre une section de la sclérotique. Il suture la paupière supérieure par trois points en V.

17 mars 1914. — Le malade ne souffre pas. Il a très bien dormi. On fait une radiographie. Aucun éclat décelé à l'intérieur du globe.

19 mars 1914. — Les sutures palpébrales ne tiennent pas. Une grosse réaction conjonctivale se dessine. Landrieu fait l'ablation immédiate de tous les fils.

22 mars 1914. — On instille quelques gouttes d'argyrol à la surface de la plaie oculaire. Le malade est un peu mieux, mais la réaction conjonctivale reste marquée.

2 avril 1914. — Le malade se plaint de céphalée et de douleurs dans la région rétro-orbitaire gauche. L'œil demeure très rouge. Il y a un peu de chémosis.

3 avril 1914. — On lui fait un grand lavage au sérum et on lui donne un binocle à porter.

26 avril 1914. — Il s'établit un symblépharon de la région interne du cul-de-sac conjonctival inférieur. Le malade ne souffre presque plus. Les paupières sont un peu œdématiées

16 juin 1914. — L'état est depuis à peu près le même. Les paupières sont en train de récupérer leur souplesse.

10 juillet 1914. — L'œil gauche, toujours rouge, est atrophié. Le malade présente un symblépharon assez douloureux Il accepte l'intervention proposée.

24 juillet 1914. — Le malade est chloroformé. Les brides cicatricielles sont levées. La greffe, empruntée au bras droit, mesure 7 centimètres de largeur sur 4 de longueur. Mise en place du lambeau sur la couronne, en en garnissant la moitié interne. Cependant, la surface cornéenne est également recouverte de peau. On fait une blépharorraphie temporaire sans avivement. Le malade reçoit un binocle. Toute l'opération a duré dix minutes.

26 juillet 1914. — Le malade n'a pas souffert. On panse la plaie. Celle-ci n'est pas laide. Le malade présente un peu de suintement lacrymal.

2 août 1914. — Le malade souffre un peu de l'œil gauche. On lui fait des applications de compresses chaudes au niveau de la région douloureuse. L'autoplastie forme à ce niveau une surface de 1/2 centimètre carré.

12 août 1914. — La douleur continuant, on procède à l'énucléation de l'œil gauche sous anesthésie cocaïnique orbitaire (Landrieu). Après section du nerf optique, une infiltration hématique remplit l'orbite. La muqueuse s'ectropionne entre les paupières tendues.

29 août 1914. — Résection triangulaire à base supérieure

de la paupière inférieure de l'œil gauche et réfection palpébrale (Morax) par lambeaux non pédiculés.

1° septembre 1914. — Ablation des fils. Bonne coaptation des lambeaux. Exeat le 3 septembre 1914.

27 octobre 1914. — Un gros bourgeon charnu se présente au niveau de la cicatrice. Résection.

5 novembre 1914. — Certificat de consolidation et port de bonne pièce artificielle.

OBSERVATION XIII

Germaine B..., vingt-huit ans, se présente le 16 août 1915 à Lariboisière pour une atrésie cavitaire de l'œil gauche. Son histoire est la suivante. Elle eut un accident à l'œil gauche à l'âge de deux ans, qui décida le Dr Mangin, à Caen, à lui faire deux ans plus tard une amputation du segment antérieur. La malade n'a porté une pièce artificielle qu'à partir de l'âge de douze ans. Le port de cette pièce a déterminé des phénomènes irritatifs (formation de bourgeons charnus, secrétion conjonctivale.)

Actuellement on note au niveau du cul-de-sac inférieur une adhérence conjonctivale partielle. La cavité secrète un liquide muco-purulent qui agglutine les cils. Ceux-ci sont déviés par l'ectropion et adhèrent en partie à la pièce artificielle. Le 17 août, le Dr Morax pratique un élargissement cavitaire par greffe épidermique sur support. Un lambeau de Thiersch est prélevé à la face interne du bras gauche. Le cul-de-sac inférieur est incisé jusqu'à l'os. Une coque de plomb est insérée dans ce cul-de-sac avivé, recouverte du lambeau qui le coiffe et qui se présente par sa face cruentée.

20 août 1915. — On ne note aucune réaction, aucune douleur.

24 août 1915. — Il y a bonne prise du lambeau. On fait un pansement.

31 août 1915. — On pratique l'ablation de la coque en plomb. On fait l'excision de la partie non adhérente de la greffe et d'un bourgeon charnu.

6 septembre 1915. — Depuis le 1er septembre l'on ne fait plus de pansement.

La prise du lambeau au niveau du cul-de-sac inférieur est excellente. Le lambeau mesure 1 centimètre de largeur sur 5 millimètres de longueur. Le cul-de-sac est de bonne profondeur. Aucune réaction à signaler. La malade quitte l'hôpital le 10 septembre 1915.

OBSERVATION XIV

Louise B..., trente-trois ans, entre le 14 février 1916 pour un épithélioma de l'angle interne de l'œil droit.

Depuis l'âge de vingt-six ans, la malade s'est aperçue d'un petit bouton près de l'angle interne de l'œil qui depuis a eu tendance à s'étendre.

Actuellement on voit une néoformation surélevée légèrement ulcérée, entourant la commissure interne de l'œil et empiétant sur elle d'environ 2 centimètres. Sur la face latérale gauche du nez près de la néoformation se montre un point blanc surélevé. La malade présente en outre de la blépharo-conjonctivite.

Les voies lacrymales sont perméables.

15 février 1916. — Exérèse de la région de la commissure nasale avec ablation d'une partie de la peau (Morax). L'opération est faite après injection de cocaïne.

Sur la surface avivée, on fait l'insertion d'un lambeau de Thiersch pour refaire le cul-de-sac interne. Ce lambeau est emprunté au pavillon de l'oreille (face postérieure).

18 février 1916. — Nouveau pansement. Bonne prise du lambeau.

20 février 1916. — La malade a passé une bonne nuit. Elle ne souffre pas. On procède à l'ablation des fils. Le lambeau de Thiersch tient admirablement.

22 février 1916. — La malade quitte le servive avec une excellente coaptation des lambeaux.

OBSERVATION XV

Pierre R..., quarante-huit ans, entre le 13 mars 1916 dans le service du Dr Morax à Lariboisière, pour un symblépharon de l'œil gauche survenu à la suite de brûlure par l'acide sulfurique. Il y a six ans, un flacon de 30^{4} H^{2} renversé par accident lui abîme l'œil. Il est traité à Clermont-Ferrand.

Actuellement : *Œil droit.* — Normal.

Œil gauche. — Symblépharon total. La cornée est totalement cachée.

14 mars 1916. — On lui fait l'ablation du segment antérieur sous chloroforme suivie de la réfection cavitaire. On dissèque les brides cicatricielles et on libère les paupières du globe oculaire. On ampute le segment antérieur de l'œil. On suture les plans antérieurs (conjonctive et tissus cicatriciels). La partie interne du sac conjonctival est manquante.

On la remplace alors par une greffe de Reverdin-Thiersch empruntée à la face antéro-interne du bras droit. On l'introduit dans la brèche, probablement montée sur une coque en verre. On termine par une blépharorraphie sans avivement. Le malade reçoit un binocle.

16 mars 1916. — Le malade a souffert un peu. On remarque un léger œdème palpébral. Aucune sécrétion. On donne un monocle au malade.

17 mars 1916. — On fait un pansement.

21 mars 1916. — On procède à l'ablation des fils palpébraux.

22 mars 1916. — On fait un nouveau pansement et on enlève le coque. La greffe a pris en totalité et donne un excellent cul-de-sac interne tant en haut qu'en bas.

Aucune réaction, aucune sensibilité.

23 mars 1916. — Nouveau pansement. On enlève un dernier fil restant. On découvre une sécrétion assez abondante au niveau de la plaie. On traite cette sécrétion par du sulfate de zinc. Les lambeaux sont en bonne voie. Le malade part.

22 avril 1916 — Le malade entre à nouveau. Nouvelle autoplastie, après incision du cul-de-sac, car la greffe n'a pas tenu.

L'emprunt est fait cette fois à la face interne du bras gauche. Le procédé opératoire est identique au premier.

25 avril 1916. — Le malade ne souffre pas.

27 avril 1916. — Application d'un pansement.

8 juin 1916. — On enlève la coque. On note une bonne prise de la greffe, mais il y a encore cette fois une sécrétion au niveau de la plaie qui est assez abondante.

11 juin 1916. — Pansement. La sécrétion se tarit visiblement. L'état de la greffe est des plus satisfaisants.

13 juin 1916. — Le Dr Morax fait la section de la blépharorraphie. La sécrétion est complétement tarie. La cavité est assez large pour recevoir une coque de 1 centimètre de longueur sur 1 centimètre de largeur.

14 juin 1916. — Le malade quitte l'hôpital pour aller trouver le Dr Coulomb, pour une pièce de prothèse.

CONCLUSIONS

La greffe de Reverdin-Thiersch est la greffe de choix pour la réfection cavitaire parce que :

1° La perte de substance à combler en tous cas n'est pas extrêmement large ;

2° Sa technique est aisée, à la portée de tous, n'exigeant pas de connaissances bien spéciales ou d'adresse toute particulière, et les suites opératoires, moyennant l'asepsie, nulles ou à peu près ;

3° La prise se fait très vite (en quatre à cinq jours) et la cavité bien tapissée de haut en bas, d'un épiderme franc, se prête admirablement à la facile adaptation d'une pièce de prothèse ;

4° Elle ne balafre pas le visage, comme c'est parfois le cas dans la méthode à lambeaux pédiculés, par une seconde cicatrice souvent aussi disgracieuse que la difformité que la greffe à pédicule se proposait de corriger ;

5° Son rôle cosmétique est capital. Elle préside à la formation d'élégants culs-de-sac.

6° Elle veille à l'excellent moral du malade ; car

elle ne peut qu'influencer très heureusement celui-ci en lui procurant le moyen de s'offrir le luxe d'un « œil moral ».

Vu : le Président de la thèse,
A. BROCA

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, rue. Racine, Paris — 3-24-16